



FORMATO DE FOLIO

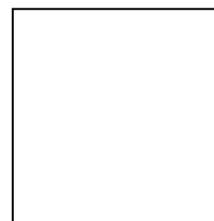
Yo,, identificado(a) con DNI N°, me dirijo a ustedes en relación a la oferta de trabajo publicada en el portal institucional de la Municipalidad de San Martín de Porres, para el Puesto de (indicar el puesto) de la Convocatoria CAS N° 00... -2024 -MDSMP/OGRH (CÓDIGO N°

En ese sentido, adjunto los siguientes documentos:

DOCUMENTO	FOLIO(S)
1. FORMATO 1: FORMATO DE FOLIO	001
2. FICHA DE DATOS	002 a 003
3. FOTO COPIA DE DNI	004
4. CARTA DE PRESENTACION	005
5. Hoja de Vida o Curriculum Vitae	a
6. Documentos de sustento de la Hoja de Vida o Curriculum Vitae	a
7. ANEXO N° 01: DECLARACION JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTO DE CONTRATAR CON LA MUNICIPALIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES	
8. ANEXO N° 02: DECLARACION JURADA DE NO TENER VINCULO DE PARENTESCO HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSAGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD O VINCULO CONYUGAL CON FUNCIONARIOS O REGIDORES DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN MARTIN DE PORRES	
9. ANEXO N° 03: DECLARACION JURADA DE DIRECCION DOMICILIARIA, PENALES, JUDICIALES Y POLICIALES	
10. ANEXO N° 04: DECLARACION JURADA DE NO ADEUDO POR PENSIONES ALIMENTICIAS	
11. ANEXO N° 05: DECLARACION JURADA DE DOBLE PERCEPCION POR PARTE DEL ESTADO PERUANO	
12. ANEXO N° 06: DECLARACION JURADO DE GOZAR DE BUENA SALUD, FISICA Y MENTAL.	
13. ANEXO N° 07: DECLARACION JURADA DE SER PERSONA CON CONDICION DE DISPACIDAD.	

San Martín de Porres,de de 2024.

Firma
Nombre y Apellidos del Postulante



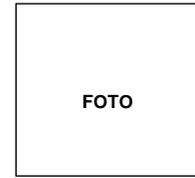
Huella

FICHA DE DATOS PERSONALES

FECHA DE INGRESO		CODIGO	
------------------	--	--------	--

AREA LABORAL	
--------------	--

CARGO	
-------	--



PARA SER LLENADO POR EL TRABAJADOR :	REGIMEN LABORAL	D. LEG 1057
---	-----------------	----------------

DATOS PERSONALES										
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	SEXO							
			F	M						
Nacionalidad :	Fecha Nacimiento	DNI /Carnet de Extranjeria	Lugar de Nacimiento:	Edad:						
	<table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr><td>día</td><td>mes</td><td>año</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	día	mes	año						
día	mes	año								

Direc.: Av./ Jr./ Calle/ Block/ Carretera/ Malecon/Plaza/Parque N°/ Km/ Mz/ Int/ Dpto/ Lote/ Sector/ Etapa Distrito	Provincia	Departamento

CORREO ELECTRONICO : _____

Se autoriza que cualquier notificación sea enviada a la dirección y correo electrónico señalados en la presente ficha de datos

Estado Civil:

Soltero	<input type="checkbox"/>	Viudo	<input type="checkbox"/>	RUC	
Soltero con hijos	<input type="checkbox"/>	Divorciado	<input type="checkbox"/>		
Casado	<input type="checkbox"/>	Separado	<input type="checkbox"/>		
Conviviente	<input type="checkbox"/>				

N° Autogenerado EsSALUD

Pensiones: Indique el sistema de pensiones al que se encuentra afiliado:

AFP ONP

PENSIONISTA

Nombre de la AFP

CUPSS : _____

Si desea afiliarse por primera vez a una AFP, indique: _____

Indique con quienes vive :

Padres	<input type="checkbox"/>	Tipo de Vivienda :	
Conyuge	<input type="checkbox"/>	Propia	<input type="checkbox"/>
Hijos	<input type="checkbox"/>	Alquilada	<input type="checkbox"/>
Abuelos / tios	<input type="checkbox"/>	Familiares	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	Pension	<input type="checkbox"/>
		Temporal	<input type="checkbox"/>

Teléfonos:

Teléfono casa: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono emergencia 1 _____ Persona a contactar en caso de emergencia: _____

Teléfono emergencia 2 _____ Persona a contactar en caso de emergencia: _____

BANCO

N° De Cuenta: _____

N° CCI: _____

DATOS FAMILIARES								EsSALUD
Parentesco	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Ocupación: Trabajo - Estudios	Fecha Nac.	DNI / P. Nac		
Espos(a)								
Conviviente								
Hijos								
Hijos								
Hijos								
Parentesco	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Ocupación: Trabajo - Estudios				
Padre					¿ Su esposa o conviviente e hijos menores de edad estan asegurados en EsSALUD? (responder si o no)			
Madre								
Hermanos								
Hermanos								

INFORMACION ACADEMICA

Estudios : Marcar con una "X" la casilla correcta y completar

		Institución	Fecha Inicio	Fecha Fin	Carrera Profesional	Grado / Nivel alcanzado
Primaria Incompleta	Primaria Completa	_____	_____	_____	_____	_____
Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	_____	_____	_____	_____	_____
Técnica Incompleta	Técnica Completa	_____	_____	_____	_____	_____
Universitaria Incompleta	Universitaria Completa	_____	_____	_____	_____	_____

INFORMACION ACADEMICA - ESPECIALIDAD

Estudios : Indicar estudios de Post-grado.

Estudios de Post-grado	Institución	Fecha Inicio	Fecha Fin	Nivel alcanzado
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

EXPERIENCIA LABORAL

ANTECEDENTES LABORALES	EMPRESA 1	EMPRESA 2	EMPRESA 3
Institución/empresa			
Cargo			
Tiempo laborado			
Ultima remuneración (monto en soles)			
Modalidad (permanente, fijo, otros)			
Motivo de retiro (renuncia, cese, no renovacion, otros)			
Fecha de Inicio de Contrato			
Fecha de Fin de Contrato			
Jefe Inmediato			
Dirección			
Teléfono			

DATOS DE SALUD

Alergias:

BETALACTAMICOS SI NO
 (Penicilina - Cefalosporinicos)
 ANALGESICOS - ANTI-INFLAMATORIOS
 (Kerololaco-Diclofenaco-Ibuprofeno)
 OTRAS ALERGIAS: _____

Enfermedades:

DIABETES SI NO
 HIPERTENSION ARTERIAL SI NO
 ASMA SI NO
 EPILEPSIA SI NO

Medicamentos:

Indique que medicamentos toma actualmente: _____

OTRAS: _____

Grupo Sanguíneo: _____

Registre información adicional que considere Importante en relación a su salud: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Las siguientes preguntas están orientadas a conocer si ud. tiene o ha tenido algún problema con la Justicia.

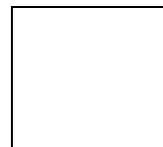
- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted registra Antecedentes Policiales? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 2. ¿Ud. registra Antecedentes Penales? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Usted registra Antecedentes Judiciales? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 4. ¿Ud. Tiene abierto algún proceso en el Ministerio Público? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

DECLARACION JURADA :

Confirmo la exactitud y la veracidad de las declaraciones, antes expresada que nada he ocultado, omitido o disimulado, siendo el único responsable de la información remitida; y autorizo a que sean investigados para los fines que la Municipalidad de San Martin de Porres convenga. Asimismo, declaro que actualmente no cuento con contrato vigente con ninguna Institución del Estado, bajo ninguna modalidad contractual. (Salvo labor docente). De otro lado, autorizo para que se me notifique cualquier documento o decisión que emita la MDSMP al correo electrónico consignado (Art. 20, 20.4 Ley N° 27444). Finalmente me comprometo a informar oportunamente cualquier cambio en los datos que he declarado en el presente documento; asumiendo la responsabilidad que su omisión genere.

_____ Apellidos y Nombres

_____ Firma



Huella digital

San Martin de Porres, _____ de _____ del _____



CARTA DE PRESENTACIÓN

San Martín de Porres _____ de _____ del 2024

Señores

PRESIDENTE DEL COMITÉ EVALUADOR

PROCESO DE CONVOCATORIA CAS

Presente.-

Asunto: **Proceso de convocatoria CAS N° _____** (Obligatorio)
(puedes verlo en la pestaña de la web institucional en "N° DE CONVOCATORIA")

De mi consideración

Yo, _____
identificado con DNI N° _____ domiciliado en
_____ me presento como
postulante al proceso de contratación administrativa de servicios en la
_____ con N°
CONVOCATORIA CAS _____ en el cargo de
_____ regulada por el Decreto Legislativo N°1057 y su
reglamento aprobado con el D.S N°075-2008-PCM.

Atentamente,

DNI: _____



ANEXO 01

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER IMPEDIMENTOS DE CONTRATAR CON LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN MARTIN DE PORRES

Por la presente el/la suscrito/a

..... con D.N.I

N°, domiciliado/a

en.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, no me encuentro impedido/a para contratar y desarrollar mis funciones dentro de los alcances de las normas legales vigentes, al no estar comprendido en las incompatibilidades siguientes:

1. No tener parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio, que laboren en la Municipalidad Distrital de San Martín de Porres, sean estos funcionarios de dirección y/o personal de confianza, que puedan ejercer facultad de nombramiento y contratación de personal.
2. No percibir ninguna otra remuneración, ni pensión alguna por parte del estado, aparte del que recibo como contratado del Régimen Especial del Decreto Legislativo N° 1057, su Reglamento aprobado por Decreto Legislativo N° 1057, su reglamento y normas complementarias.
3. No estar comprendido/a dentro de los alcances de la Ley N° 26771, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 021-200-PCM (NEPOTISMO).
4. No haber sido sancionado/a con destitución.
5. No estar incurso en las prohibiciones contenidas en el Art. 8° de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
6. No haber sido despedido/a por razones de conducta o incumplimiento de obligaciones laborales, ni ser parte en procesos judiciales y/o penales seguidos con la Municipalidad de San Martín de Porres.
7. No haber renunciado al Estado con programa de incentivos, ni contar con alguna otra incompatibilidad establecida por ley para contratar con el Estado.

Que, en caso contrario me hago acreedor a las sanciones que imponen los dispositivos legales correspondientes, en de lo cual, firmo la presente en original y/o copia simple.

San Martín de Porres de 2024

Firma y Huella Digital

D.N.I N°



ANEXO 02

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER VINCULO DE PARENTESCO HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD O VINCULO CONYUGAL CON FUNCIONARIOS O REGIDORES DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN MARTIN DE PORRES

Yo..... Con D.N.I
N°..... R.U.C N°..... Domiciliado (a)
en.....,

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- a) No tener vínculo de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o vínculo conyugal con funcionarios de la Municipalidad Distrital de San Martín de Porres.

Que, en caso de omitir la identificación de parientes en la corporación edil, me hago acreedor/a de las sanciones administrativas, civiles y penales que imponen los dispositivos legales correspondientes, en de lo cual, firmo la presente en original y/o copia simple.

San Martín de Porres..... de.....2024

Firma y Huella Digital.....

D.N.I N°.....

Grados:

- Consanguinidad:
 - 1° Grado: Padres e hijos.
 - 2° Grado: Abuelos, nietos, hermanos entre sí.
 - 3° Grado: Tíos o sobrinos.
 - 4° Grado: Primos-hermanos entre sí.
- Afinidad:
 - 1° Grado: Esposo (a), Suegro (a), Cuñado (a).



ANEXO 03

DECLARACIÓN JURADA DE DIRECCIÓN DOMICILIARIA, PENALES, JUDICIALES Y POLICIALES

Yo.....
..... identificado con D.N.I N°..... declaro bajo juramento
que mi domicilio actual se única en
..... distrito
de..... provincia de.....
Departamento de.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

NO REGISTRO ANTECEDENTES PENALES, JUDICIALES Y POLICIALES.

Por lo antes indicado, dejo constancia que los datos consignados en el presente documento son ciertos y tengo pleno conocimiento de las sanciones establecidas a las que me haré acreedor/a en caso de haber anotado información falsa.

En tal sentido y para mayor constancia, firmo la presente.

San Martín de Porres..... de.....2024

Firma.....

Nombre.....

D.N.I N°.....



ANEXO 04

DECLARACIÓN JURADA DE NO ADEUDO POR PENSIONES ALIMENTICIAS

(Artículo 8° de la Ley N° 28970 y Artículo 11° del Decreto Supremo N° 002-2007-JUS)

APELLIDOS:.....

.....

NOMBRES:.....

.....

DNI

N°:.....

.....

DIRECCIÓN

DOMICILIARIA:.....

.....

DISTRITO:.....

PROVINCIA:.....

DEPARTAMENTO:.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, no me encuentro considerado judicialmente como Deudor/a Alimentario Moroso; en consecuencia, no estoy inscrito en el Registro de Deudores/as Alimentarios Morosos, REDAM, del Consejo Ejecutivo del Poder Judicial.

Formulo la presente declaración en virtud del Principio de Presunción de Veracidad contemplado en el Numeral 1.7 del artículo IV y artículo 42° de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, sujetándome a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad, como asimismo, aceptaré la procedencia de la nulidad del contrato.

San Martín de Porres..... de.....2024

Firma.....

Nombre.....

D.N.I N°.....



ANEXO 05

DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCIÓN POR PARTE DEL ESTADO PERUANO

Yo, identificado con
DNI N° domiciliado en
.....
.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que no me encuentro impedido para contratar y desarrollar mis funciones en esta Municipalidad Distrital dentro de los alcances de las normas legales vigentes al NO PERCIBIR DOBLE REMUNERACIÓN, ni pensión alguna por parte del estado, aparte del que recibiré como contratado del Régimen Especial del Decreto Legislativo N°1057.

En caso de **PERCIBIR DOBLE REMUNERACIÓN** o simultánea pensión, dieta u otro, detallar lo siguiente:

Monto de de pensión mensual:

Monto de remuneración mensual bajo régimen CAS:

Monto de dieta:

Monto de de emolumento:

San Martín de Porres de del 2024

Firma:

DNI N°:





ANEXO 06

DECLARACIÓN JURADA DE GOZAR DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL

Yo

.....
...; identificado con **DNI N°** y domiciliado en
....., en pleno
uso de mis facultades físicas y mentales, DECLARO bajo juramento que:

- GOZO DE BUENA SALUD FÍSICA, SALUD MENTAL Y NO PADEZCO NINGUNA ENFERMEDAD INFECCIOSA – CONTAGIOSA**
- NO GOZO DE BUENA SALUD FÍSICA, SALUD MENTAL Y PADEZCO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS – CONTAGIOSAS**

De ser negativo, especifique y detalle que es lo que padece:

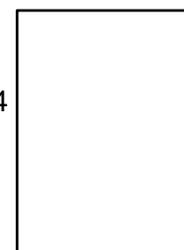
.....
.....
.....
.....
.....

De este modo, dejo constancia con mi firma y huella digital para efectos de postular al Proceso de Convocatoria CAS- 2024 de la Municipalidad Distrital de San Martín de Porres.

San Martín de Porres,..... de..... del 2024

.....

FIRMA



HUELLA DIGITAL



ANEXO 07

DECLARACIÓN JURADA DE SER PERSONA CON CONDICION DE DISCAPACIDAD

Yo

.....
...; identificado con **DNI N°** y domiciliado en
....., en pleno
uso de mis facultades físicas y mentales, DECLARO bajo juramento de:

NO TENGO CONDICIÓN DE SER PERSONA CON DISCAPACIDAD

TENGO CONDICIÓN DE SER PERSONA CON DISCAPACIDAD

De ser afirmativo, especifique y detalle que discapacidad tiene:

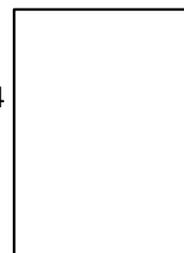
.....
.....
.....
.....
.....

De este modo, dejo constancia con mi firma y huella digital para efectos de postular al Proceso de Convocatoria CAS-2024 de la Municipalidad Distrital de San Martín de Porres.

San Martín de Porres, de del 2024

.....

FIRMA



HUELLA DIGITAL